University Library
MAY 25 1905
Toronto

Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Dermoidkystom und Carcinom.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Fritz Fliedner,

approb. Arzt aus Kaiserswerth (Rhein).

Kiel 1903.

Druck von H. Fiencke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0134

Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Dermoidkystom und Carcinom.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Fritz Fliedner,

approb. Arzt aus Kaiserswerth (Rhein).

Kiel 1903.

Druck von H. Fiencke.

No. 75.

Rektoratsjahr 1903/1904.

Referent: Dr. **Heller.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Siemerling,**
z. Z. Dekan.

Meinen Eltern.

Unter den Geschwülsten der Ovarien sind weitaus die häufigsten jene cystischen Bildungen, welche gewöhnlich als Kystome bezeichnet werden. — Von den verschiedenen Formen der Kystome möchte ich hier nur eine besondere hervorheben, das Dermoidkystom. Sie sind nach Wilms[1]) als rudimentäre Embryonen, die sich aus einem Ei entwickelt haben, anzusehen. Sie bilden erbsen- bis mannskopfgroße Cysten, welche mit einer öligen Flüssigkeit, soweit sie nicht erstarrt sind, in der reichlich Haare liegen, gefüllt sind. An irgend einer Stelle der Cystenwand, die mit Epithel ausgekleidet ist, findet sich dann eine der äußeren Haut gleichende Oberfläche, welche mit Haaren, oft auch mit Zähnen besetzt ist. Im übrigen können Knorpel- und Knochengewebe, Hirngewebe mit Centralkanal, Schleimdrüsen, Schilddrüsengewebe, Muskelgewebe, Nerven, Augengewebe mit Pigmentzellen zur Entwicklung kommen, niemals aber Herz-, Nieren- und Lebergewebe. Der übrige Teil des Ovarium kann zu Grunde gegangen oder in Resten erhalten sein.

In seltenen Fällen können sich aus Dermoidkystomen Carcinome entwickeln. Von solchen Beispielen sind bisher nur 13 in der Litteratur bekannt. Indem ich diese noch einmal zusammenstelle, will ich zugleich über einen neuen Fall gleicher Art berichten, der im hiesigen pathologischen Institute zur Sektion kam und mir von Herrn Geheimrat

---

[1]) Ziegler, Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

Professor Dr. Heller gütigst zur Beschreibung überlassen wurde.

Ich lasse zunächst die Krankengeschichte, sodann das Sektionsprotokoll folgen.

Krankengeschichte:

K. W., 66 Jahre alt, wird am 18. IX. 1902 in die gynaekologische Klinik aufgenommen.

Früher ist sie immer gesund gewesen, hat eine Zangengeburt überstanden. Erste Menses mit 16 Jahren, letzte Menses mit starken Blutungen verbunden im 48. Jahre. Hat bis Mitte August ohne Beschwerden Landarbeit verrichtet.

Seit 6 Wochen setzten plötzlich heftige Schmerzen im linken Hypogastrium ein, bis ins Schulterblatt ausstrahlend, dabei immer mehr zunehmende Anschwellung des Leibes. Seitdem ist bedeutende Abmagerung und großes Schwächegefühl eingetreten.

Status praesens: Hochgradige Kachexie und stark leidender Gesichtsausdruck.

Die absolute Herzdämpfung überschreitet um einen Querfinger die Mittellinie. Herztöne sind rein. Die Atmung ist flach, mühsam, etwas beschleunigt.

Linke Lunge: unterhalb des Angulus Scapulae absolute Dämpfung, kein Atmungsgeräusch.

Rechte Lunge: Schall stark abgeschwächt.

Abdomen: halbkugelig vorgewölbt, prall gespannt, allenthalben sehr empfindlich.

Tympanitischer Schall nur in der linken Regio colica, im Epigastrium, ferner 2 Finger breit unterhalb des linken Rippenbogens und rechts in der hinteren Axillarlinie.

Die Dämpfung ist bedingt durch einen prall-cystischen Tumor von gleichmäßiger Oberfläche, der in der Leibeshöhle nur wenig verschieblich ist. Ascites ist nicht mit Sicherheit nachzuweisen.

Wegen des elenden Zustandes der Patientin muß von gründlicher Untersuchung Abstand genommen werden.

Exploratio per Vaginam: Portio stark anteponirt, atrofisch. Ins Becken tief hinein ragt ein kleinknotiges, mäßig festes Geschwulstsegment. [Betastung sehr empfindlich.]

Nach jeder Nahrungsaufnahme erfolgt kaffeesatzartiges Erbrechen, sodaß Ernährung per os nicht möglich.

Am 25. IX. Exitus letalis unter Erscheinung von Inanition.

Sektion am 26. IX. (S.-No. 637. 1902).

I. Wesentlicher Befund.

Chronisch krebsige Peritonitis mit teilweiser Obliteration der Bauchhöle. — Serös-fibrinöser Erguß in die Bauchhöle. — Übermannskopf-großes Dermoidkystom des rechten Ovarium mit Zähnen und Haaren. - Krebsige Entartung der Geschwulst am Hilus — Schrumpfung, Verkalkung und Verdickung des äußeren Mitralsegels — Verwachsung und Fensterung der Aortenklappen mit tiefen Sinus Valsalvae — Fettige Fleckung und chronische Endarteriitis des Bogens und der absteigenden Aorta — Sehr starker linksseitiger Hydrothorax mit vollständiger Compression des linken Unterlappens — Ödem, starke Pigmentirung und Stauung der etwas atrofischen Lungen — Kleine Schwielen der Lungenspitzen — Kleiner Gallertkropf — Verkalkung der Kehlkopfknorpel — Sehr starke fleckweise Epithelverdickung und mäßige Verdauung des Ösofagus — Mäßige Stauungsleber — Sehr kleine atrofische Milz — Starke Trübung und Induration der Nieren — Verwandlung der linken Nebenniere in einen nußgroßen, weichen Tumor — Mäßige Schrumpfung des Pankreas, vollständige des Netzes — Auszerrung des Cervix — Polyp des Uterusfundus — Kleine Narben des äußeren Muttermundes Chronische Meningitis — Endarteriitis der Basisarterien — Sklerose des Schädels.

II. Sektionsprotokoll.

Kopf: Das Schädeldach ist ziemlich dünn, Diploë sehr wenig vorhanden, die Nähte fest verknöchert. Die Dura ist stark gespannt, läßt sich leicht abziehen, doch ist sie auf der Scheitelhöhe durch viele Pacchionische Granulationen

ziemlich fest mit dem Gehirn verbunden. Die Sinus sind mit wenig dunklem und flüssigem Blute gefüllt. Die weichen Hirnhäute lassen sich leicht abziehen. Das Hirn selbst ist fest, mäßig blutreich und die Zeichnung deutlich ausgesprochen. In den Ventrikeln findet sich sehr wenig gelbliche Flüssigkeit. Die weichen Hirnhäute zeigen stellenweise leichte weißliche Fleckung, die Gefäße sind wenig gefüllt, die Wand der größeren Basisarterien ist an einzelnen Stellen starr und derb.

Brust: In der linken Pleurahöle finden sich ungefähr 1200 ccm einer stark gelblich gefärbten, einzelne große Fibrinflocken enthaltenden Flüssigkeit. In der rechten Pleurahöle kein Erguß. Im Herzbeutel wenige ccm einer hellen Flüssigkeit. Der linke untere Lungenlappen ist komprimirt und luftleer. Auch der linke Oberlappen ist wenig lufthaltig; in der Spitze, die mit der Brustwand leicht verwachsen ist, findet sich eine Narbe. Auch in der rechten Spitze sind kleine Narben; sonst rechts ziemlich starker Blutgehalt. Die Lungen sind auf beiden Seiten sehr stark pigmentirt. Das Herz ist etwas klein, die Coronararterien sind stark geschlängelt, doch fühlt sich ihre Wand nicht hart an. Pulmonalklappen und Tricuspidalis sind weich und zart. An der Basis der Mitralklappen sind mehrere Verhärtungen, besonders an der äußeren, zu fühlen. Das äußere Segel ist etwas verzogen. Die freien Teile der Mitralis sind sonst weich und zart. Auch die Basis der Aortenklappen ist etwas verhärtet, doch sind die Klappen bis auf geringe Verwachsung ihrer Ansätze untereinander normal. Die Sinus Valsalvae sind auffallend tief. Im aufsteigenden Teil der Aorta findet sich leichte, im Bogen und im absteigenden Teile stärkere fettige Fleckung.

Die Speiseröre zeigt besonders im unteren Teile starke fleckweise Epithelverdickung. Hier ist auch der Blutgehalt größer. Im untersten Teile geringe Selbstverdauung. Die Kehlkopfknorpel sind etwas verknöchert. Die Trachea und die Bronchen sind leicht gerötet und mit wenig Schleim bedeckt. Die Bronchialdrüsen sind klein, sehr dunkel pigmentirt. Die Tyreoidea ist etwas größer als normal, von

auffallend fester Consistenz und zeigt auf dem Durchschnitte einen eigentümlich matten Glanz.

Bauch: In der Bauchhöle befindet sich eine reichliche Menge trüber mit Fibrinflocken gemischter Flüssigkeit. Das Peritoneum ist an mehreren Stellen mit einander und mit den Darmschlingen verwachsen und ist bedeckt mit mehreren kleineren und größeren weißlichen Knötchen. Das Netz ist geschrumpft, zieht als wurstförmiges Gebilde unterhalb des Colon quer durch die Bauchhöle. Die Leber ist groß, auf der Schnittfläche gescheckt, dunkelbraunrot und gelb gefärbt. Die Milz ist klein, zäh, von braunroter Farbe. Die Nieren fühlen sich derb an: auf der Schnittfläche sind sie blaß, leicht getrübt. In der Blase spärlicher, etwas trüber Inhalt; Schleimhaut blaß.

Aus dem kleinen Becken ragt eine reichlich mannskopfgroße Geschwulst, die die Därme nach oben gedrängt hat und rechts mit dem Beckenperitoneum verwachsen ist. Nach Herausnahme zeigt sich, das dieselbe von dem rechten Ovarium ausgegangen ist. An und in der Wand der cystischen Geschwulst findet sich schwielig verdicktes Gewebe. Die Cyste ist gefüllt mit geronnenem Fett und Haaren. An einem leistenförmigen Vorsprung findet sich ein Knochenstück, in dem zwei zahnähnliche Gebilde sitzen, daneben zwei Ausstülpungen, die Fingern ähnlich sehen; Gelenke sind daran nachzuweisen. Die Wand der Cyste ist zum Teil bis fingerdick, mit epidermisähnlicher Auskleidung. An einer klein-handteller-großen Stelle ist eine stärkere Verdickung, die eine geschwulstähnliche Vorwölbung trägt, vorhanden, nahe der Leiste, an welcher der Kiefer mit den Zähnen saß. Außen ist die rechte Tube ausgezogen, zieht über den Tumor hin und ist mit demselben verwachsen. Das linke Ovarium atrofisch, ohne Besonderheiten. Im Uterus findet sich im Fundus ein kleiner Polyp und im Muttermund einzelne Narben. Die Cervix ist in die Länge gezogen. Magen, Dünn- und Dickdarmschleimhaut sind ohne Besonderheiten. Die rechte Nebenniere ist von gewöhnlicher Beschaffenheit. In der linken Nebenniere findet sich eine nußgroße,

weiche Geschwulst, die auf der Schnittfläche von gelblicher Farbe ist. Das Pankreas ist klein, atrofisch und derb.

Die vorläufige mikroskopische Untersuchung ergibt:

1. Netz: Wenig erhaltenes Fettgewebe, großenteils straffes Bindegewebe mit Lücken und größeren und kleineren, zum Teil verhornenden Krebszapfen; kein Epithelüberzug.

2. Zwerchfell mit Peritoneum: Stark glänzend; atrofische sehnige Muskelzüge und dichte Auflagerungen von Krebswucherungen, unregelmäßig auf der Peritoneal-Seite.

3. Rechtes Ovarium: Ein Schnitt aus der Hilus-Gegend des rechten ovarium, von welchem makroskopisch nichts mehr sichtbar ist, und der gleichzeitig die Cystenwand da trifft, wo die Zahn- und Kieferanlagen an der Innenfläche ansitzen, ergiebt zweifellos Krebsstränge.

Bei weiterer mikroskopischer Untersuchung der in Formalin gehärteten und mit Hämatoxylin-Eosin gefärbten Präparate finden wir:

1. Kystomwand mit daran befestigtem Dickdarme: An den Schnitten ist zugleich mit der Cystenwand ein Teil des Dickdarms, der stellenweise mit dem Kystom fest verwachsen war, getroffen, und hier ergibt sich folgendes: Man sieht Subserosa und Muscularis des Dickdarms, hieran schließt sich die Kystomwand an; ihre Innenfläche ist mit einer bald dünneren, bald dickeren Schichte von Plattenepithel ausgekleidet. Von hier aus ziehen an einzelnen Stellen großzellige Stränge in die Kystomwand hinein, welche weiterhin von größeren und kleineren Nestern, Zapfen und Strängen durchsetzt ist.

2. Netz: Schnitte, die durch das Netz gelegt sind, zeigen teils wenig, teils reich erhaltenes Fettgewebe, spärliche Bindegewebszüge und schließlich krebsige Entartung; und zwar tritt der Krebs sowohl in Form diffuser Infiltrationen als auch in konzentrisch geschichteten Nestern und Zapfen auf. An manchen Stellen der meist großzelligen Krebszapfen ist deutliche Verhornung eingetreten.

3. Zwerchfell: Ein ähnliches Bild finden wir an

den Zwerchfellschnitten. Auch hier ist eine zum Teil außerordentlich starke Krebswucherung zu beobachten und zwar in Form von Auflagerungen. Man bemerkt in der Nachbarschaft der Geschwulst ein Zugrundegehen der Muskelfasern.

4. Pankreas: An Pankreasschnitten sehen wir eine mäßige Wucherung des interstitiellen Bindegewebes und geringen Schwund des Drüsengewebes; das umhüllende Bindegewebe ist stark verdickt, von massenhaften epitheloiden Zellsträngen und Zapfen durchzogen.

5. Nebenniere: Ein Schnitt aus der linken Nebenniere ergiebt nur eine der Nebennierenrinde gleichende adenomatöse Geschwulst fast ohne Stützgewebe. Von Carcinom läßt sich hier nichts finden.

6. Leber: Ebenfalls ist an den Leberpräparaten von Krebs nichts zu bemerken. Auf dem einen Schnitt haben wir das Bild der Stauung: die Venen und ihre Äste sind stark mit Blut gefüllt und dilatirt.

7. Uterus: Die Schleimhaut des Uterus zeigt eine hyperplastische polypöse Wucherung, die ohne Zerstörung der Umgegend vor sich geht, jedenfalls nicht krebsiger Natur ist.

Wir haben also Krebsmetastasen im Peritoneum von Netz und Zwerchfell und um das Pankreas, zum Teil mit verhornenden Zapfen, ein interessanter Befund, der uns mit Sicherheit darauf hinweist, daß dieselben, da sie die Eigentümlichkeit des Plattenepithelkrebses, nämlich eben die Verhornung wiedergeben, von der primär krebsig degenerirten epidermoidalen Bekleidung des Kystoms abstammen.

Es steht außer Zweifel, daß wir es hier mit einem der seltenen Fälle: Dermoidkystom mit Übergang in Carcinom zu tun haben.

An diesen Fall reihe ich die andern, in der Litteratur schon erwähnten Fälle gleicher oder ähnlicher Art an, die ich teils im Originale, soweit mir solche zur Verfügung standen, teils in der bei jedem Fall besonders erwähnten Litteratur durchgesehen habe.

I. Fall[1]):

„45jährige Frau; 6 Geburten. Seit einigen Jahren Geschwulst im Unterleibe konstatirt. Explorationspunction per vaginam. Tod am vierten Tage. Übelriechender Eiter im Abdomen. Aus dem Becken hervorragend ein kindskopfgroßer Tumor, welcher an seinem rechten höckerigen Teile mit den Därmen verwachsen ist. Es handelt sich um ein Dermoidkystom, dessen Innenfläche an mehreren Stellen mit Haaren besetzt war, übrigens uneben, zum Teil schmutzig-grau, hier und da von Jauche bedeckt und darunter ulcerirend. Nach rechts hin verdickte sich die Wand der Cyste und bestand aus einer derben, an der Oberfläche höckrigen Aftermasse, welche etwa die Größe einer Mannsfaust hatte; nach der Innenfläche der Cyste zu war ihre Oberfläche in Zerfall begriffen. Die mikroskopische Untersuchung der Aftermasse ergab ein bindegewebiges Stroma mit länglichen Holräumen und in diesen eine Menge von großen Zellen, die teils flaschen- und kolbenförmig waren, teils aber mehrere, nach verschiedenen Seiten sich zerzweigende Ausläufer hatten. Sämtliche enthielten bald einen, bald zwei oder mehrere große, längliche Kerne. Die Geschwulst hatte die Schleimhaut der Därme noch nicht erreicht. Rechtes Ovarium geschrumpft."

II. Fall[2]):

„26jährige Frau. Geschwulst bis zum Nabel reichend, seit einem Jahre bemerkt. Ovariotomie. Verwachsung des knolligen Tumors mit Netz und Colon ascendens; die Wandungen des letzteren im Bereiche der Verwachsung mit nußgroßen Knoten durchsetzt. Ausgedehnte Resection des Darmes. Heilung. Recidiv." „Der Tumor stellte sich als eine Dermoidcyste mit Convoluten von fußlangen Haaren heraus. Die Wandungen und der Stiel mit markigen Knoten

[1]) Heschl, Prager Vierteljahrsschrift 1860, Bd. 68. S. 57.
[2]) E. v. Wahl, Petersburger med. Wochenschrift. 1883. S. 70.

durchsetzt, die alle den Charakter des „alveolären Carcinoms“ mit myxomatöser Grundsubstanz boten.“

Eine Angabe über das andere Ovarium ist nicht vorhanden.

III. Fall[3]):

„T. K., 21jährig, ledig. Wurde am 21. April 1884 in die Klinik des Professor Gussenbauer aufgenommen. Pat. klagte über Schmerzen, die sich vor 4 Monaten nebst einer von rechts dem linken Hypochondrium zuwachsenden unbeweglichen Abdominal-Geschwulst einstellten. Als Zeitpunkt des Erscheinens wird ein vor 4 Monaten erlittener Fall auf die rechte Beckenhälfte angegeben. Menses mit 12 Jahren. Letzte Menstruation im Februar 1884. Die Menses erschienen anfangs 2-, später regelmäßig 4-wöchentlich.

Klinische Diagnose: Carcinom des rechten Ovarium. Später Hydrothorax und Ascites. Tod unter zunehmendem Marasmus am 12. Mai. Section am 13. Mai im Institute des Prof. Chiari.

Es ergab sich, daß die Lage der Abdominalorgane durch eine etwa 4mannskopfgroße Geschwulst, die mit den Genitalien im Zusammenhang stand, auf das hochgradigste alterirt war, so daß der ganze Darm aufwärts gedrängt und stark comprimirt erschien. Das verdickte Peritoneum war an vielen Stellen mit bindegewebigen Excrescenzen bedeckt, injicirt und ecchymosirt. Auf dem Peritoneum der unteren Fläche des Zwerchfells hatten sich bis haselnußgroße Knoten einer medullaren, von zahlreichen Hämorrhagien durchsetzten Aftermasse entwickelt. Auf der Leber fanden sich bis erbsengroße Knoten von Geschwulstmasse, der Convexität des rechten Lappens aufgelagert.

Bei Präparation der Geschwulst ergab sich, daß dieselbe in innigem Zusammenhange mit der Harnblase und dem Uterus stand, welche Organe durch sie nach vorn gedrängt

[3]) R. Biermann, Prager med. Wochenschr. 1885. Nr. 21. S. 201.

erschienen, während das ebenfalls mit dem Tumor fest verwachsene Rectum nach hinten links verschoben und hochgradig comprimirt war, indem ein Fortsatz der Geschwulst in das Cavum Douglasii eingedrungen und dort Decubitus an Vagina und Rectum hervorgerufen hatte. Die Tuben waren mit der Vorderfläche des Tumors verwachsen, durch Zerrung verlängert. Das rechte Ovarium durch die Aftermasse gänzlich zerstört, und auch die zugehörige Tube von dieser durchsetzt. In das linke Ovarium hatte die Aftermasse so hineingewuchert, daß nur mehr ein kleiner Teil desselben kenntlich erschien, während die linke Tube von der Geschwulst frei war. Durchschnitte der grobkörnigen Geschwulst zeigten in derselben allenthalben vielerorts von kleinen Cystenräumen durchsetztes medullares Neoplasma, welches sich auch in den meisten retroperitonealen Lymfdrüsen vorfand.

Hie und da fanden sich Knorpellamellen, und unter dem Mikroskope boten die cystischen Holräume der Epidermis ähnliche Bilder."

Aus der genaueren histologischen Beschreibung kurz nur noch Folgendes: „Unter dem Mikroskope erschien die reichliche Wucherung eines epidermidalen Krebsgewebes, das in zahlreichen Nestern und Zügen das Gewebe durchsetzte und exquisite Krebszapfen mit zahlreichen Perlkugeln formirte. Es handelte sich um einen Plattenepithelkrebs mit sehr großen Krebszapfen und Bildung großer Epithel perlen.

Da nun erfahrungsgemäß die Krebszellen meist sehr genau die besonderen Eigentümlichkeiten ihres Muttergewebes wiedergeben, die hier besprochene Neubildung vollständig den typischen Epidermidalkrebsen entspricht, bei diesem Tumor außer dem Epidermidalkrebse auch Elemente der Haut mit ihren Drüsen und Knorpel- und Knochenteile vorhanden sind, da endlich hie und da geradezu die Krebszapfen aus der Epidermis umschriebener Hautpartien in der Geschwulst entspringend gesehen wurden, dürfte wohl anzunehmen sein, daß hier die teratoide Einlagerung in das Ovarium der Ausgangspunkt der Carcinombildung in demselben gewesen sein mochte."

IV. Fall[4]):

„55jährige Frau; seit 10 Jahren Menopause. Geschwulst seit einem Jahre bemerkt; in den letzten vier Monaten rasch gewachsen. Seit vier Wochen Durchbruch in die Blase. Tod 3 Tage nach der Aufnahme an Erschöpfung. In der Bauchhöle eiterartige Flüssigkeit. Cystöse Geschwulst, die Bauchhöle völlig einnehmend, mit dicker Wandung. Im Innern der Geschwulst zwei fleischartige Stränge; an der hintern Wand der Innenfläche reichliche Haare. Im untern Teil der Geschwulst knollige Hervorragungen, aus morschem, medullarem Gewebe bestehend, und eine 5 cm weite Perforation in die Harnblase. An anderen Stellen ist die Wandung von fibrinösen knorpeligen Platten durchsetzt. Die Geschwulst hat einen Stiel, der im Bereiche der Gegend des rechten Eierstockes endigt, an dessen Stelle sich ein Knoten von markiger Consistenz findet. Der linke Eierstock zu einer apfelgroßen Dermoidcyste entartet.

Die mikroskopische Untersuchung der oben erwähnten Knoten des unteren Geschwulstteils zeigt ausgesprochene carcinomatöse Degeneration. Die Knoten bestehen aus Bindegewebe mit kleinen rundlichen, alveolären Zwischenräumen, in denen concentrisch geschichtete Nester von verhornten Epithelien eingelagert sind. Die fleischartigen Stränge der inneren Geschwulstfläche bestehen aus Bindegewebe mit sehr zahlreichen Talgdrüsen. Cystis dermoides cum degeneratione carcinomatosa."

V. Fall[5]):

„Frau T., 43 Jahre alt, hat 11 Mal geboren, zuletzt vor 4 Jahren. Die Periode war früher regelmäßig; im letzten Jahre trat sie nur alle 2 - 3 Monate ein und dauerte jedes Mal nur etwa 2 Tage. Seit einigen Monaten verspürt

[4]) Himmelfarb, Centralblatt für Gynäkologie. 1886. S. 569.
[5]) Krukenberg, Archiv für Gynäkologie. 1887. Seite 245.

Patientin geringe Schmerzen im Unterleib. Die Kranke wurde am 16. Dez. 1886 auf die Klinik des Prof. Veit aufgenommen. Im Abdomen befand sich ganz frei beweglich ein wallnußgroßer kleinhöckriger harter Tumor, welcher sich selbst überlassen dem Becken aufliegt. Im kleinen Becken, fest in dasselbe eingeklemmt, ein harter, etwas unregelmäßig anzufühlender, 4 cm über der Symfyse nach oben ragender Tumor, welcher den Uterus nach vorn rechts und oben dislocirt hat. An seiner Unterfläche lassen sich mehrere, etwa kirschengroße, harte Tumoren noch gesondert palpiren. In Narkose gelang es, den Tumor aus dem kleinen Becken nach oben zu dislociren, wobei das Zerreißen einzelner Verwachsungen zu spüren war. Die zuletzt erwähnten kleinen Tumoren verblieben im Becken.

Diagnose: Ovarialtumor, wahrscheinlich carcinomatöser Structur.

Bei der von Veit ausgeführten Ovariotomie ergab sich, daß der oben erwähnte bewegliche kleine Tumor im Netz sitzt und offenbar carcinomatös ist. Sonst im Abdomen keine Metastasen sichtbar. Abtragung des Netztumors. Der Haupttumor ist nirgends adhärent und besitzt einen langen, kaum fingerdicken torquirten Stiel, in welchen die Tube nicht mit übergeht. Abtragung des Tumors. In der Tiefe des Beckens fühlt man noch mehrere feste Knollen, die jedoch unbeweglich im Douglas'schen Raume fixirt sind; einer derselben scheint vom rechten Ovarium gebildet zu werden. Schluß der Bauchwunde. Vollständig fieberloser Verlauf. Entlassung.

Der exstirpirte, etwa kindskopfgroße Ovarialtumor zeigt mehrere bis halb-kirschengroße harte Prominenzen. Auf der Höhe einzelner Prominenzen erscheint die Oberfläche leicht gekörnt.

Nach Durchschneidung des Tumors zeigt sich, daß derselbe aus 2 Dermoidcysten besteht, von denen die größere gut faustgroß, die kleinere gut nußgroß ist. Erstere hat einen schmierigen, Vernix caseosa-ähnlichen Inhalt, mit zahlreichen verfilzten Haaren. Ihre Wandstärke ist sehr

verschieden, sie wechselt zwischen 2 mm und 3 cm Dicke. An den dünnen Stellen hauptsächlich ist die Innenfläche glatt, doch fanden sich an den dickeren Stellen hautartige Inseln."

Der mikroskopischen Beschreibung entnehmen wir Folgendes:

„Die Cystenwand besteht der Hauptsache nach aus einem exquisiten Plattenepithelcarcinom, in dessen Alveolen sich massenhaft verhornte Cancroidperlen vorfinden, stellenweise die Alveolen ausschließlich erfüllend.

Mikroskopisch finden sich an den dünneren Wandpartieen geschichtete, zum Teil verhornte Plattenepithelien, nur Andeutungen von Papillen, eine wenig ausgeprägte Coriumschicht und eine dicke, bindegewebige Faserschicht. Den Inseln entsprechend ist die Epithelschicht erheblich stärker, in der Hornschicht finden sich ganz vereinzelt kleine Perlkugeln; das darunter liegende, deutlich abzugrenzende Rete Malpighii zeigt starke Hypertrofie, die Papillen sind unregelmäßig gestaltet. Stellenweise sind die Epithelschläuche bereits von der Oberfläche abgeschnürt und dringen in die feste äußere Bindegewebslage des Tumors vor.

Es handelt sich um ein Dermoidkystom, dessen hautartige Inseln carcinomatös degenerirten. Bei einzelnen dieser Inseln ist diese Degeneration noch im Beginne, bei anderen weit fortgeschritten. Das Carcinom entwickelte sich als typischer Hornkrebs, drang in die Lamellen der Faserschicht ein, drängte diese auseinander, erreichte von hier aus an einzelnen Stellen wiederum die innere Oberfläche der Cyste, an anderen Stellen ihre äußere Oberfläche und bewirkte von hier aus Metastasen in der Peritonealhöle, speciell im Douglas'schen Raume und im Netze."

VI. Fall[6]):

„48jährige Frau, Tumor in abdomine bis zum Nabel empor-

[6]) Tauffer, Virchow's Archiv für pathol. Anat., Bd. 142, 1895.

reichend. Durchbruch der als Cyste erkannten Geschwulst in das Rectum. Allmählich Tod an Erschöpfung. Bei der Obduction findet man im kleinen Becken einen kindskopfgroßen cystischen Tumor, der von den zu einem Conglomerat zusammengeballten Dünndarmschlingen überlagert wird, das den Eintritt von Cysteninhalt in das Peritoneum intra vitam verhindert hat. Der Inhalt ist jauchig, dermoid, mit langen, zusammengeballten Haaren. Etwa dem Sitz des Ovariums entspricht ein, in einer epithelartigen, fein gekörnten Stelle sitzender, hühnereigroßer, von erbsengroßen Hölen durchsetzter Knoten.

Mikroskopisch zeigt die Cystenwand die Structur fibröser Häute aus dichten Bindegewebsfasern bestehend, die nur hie und da mit einer Epithelbekleidung bedeckt ist, dessen Zellen keinen gerifften Rand zeigen, während die mit Haaren bedeckten Stellen von analogen Bildern der Haut keinen Unterschied zeigen. Die Talgdrüsen sind etwas plattgedrückt, sonst aber völlig normal mit unversehrtem Epithel.

Das Carcinom besteht aus Plattenepithel, dessen Zellen sich stellenweise bis zu dem Epithel der epidermoidalen Bekleidung der Cystenwand verfolgen lassen."

VII. Fall[7]):

„41jährige Frau, eine schmerzhafte apfelgroße Geschwulst: 21 cm lang und 15 cm breit, in abdomine. Tod an Erschöpfung. Die Obduction ergibt ein 2000 ccm klebrige Flüssigkeit enthaltendes Dermoidkystom, aus dessen Wand sich ein Carcinom entwickelt hat.

Mikroskopisch sieht man das typische Bild des Plattenepithelkrebses mit Stachelzellen und Epithelperlen. Die Außenfläche der knotigen Neubildung an der Innenwand des Dermoidkystoms ist zum Teil noch mit geschichteten Epithelzellen bedeckt, zum Teil tritt die fibröse Schicht,

[7]) Yamagiva, Virchow's Archiv für pathologische Anatomie, Bd. 147. 1897.

welche zugleich die ganze Dicke der Cystenwand zusammenzusetzen scheint, frei zu Tage. An den Präparaten aus der Cystenwand trifft man oft Stellen, wo die Epithelzapfen sich direkt von der bedeckenden Epithelschicht nach der Tiefe zu verfolgen lassen und wo sich reichliche Zellschläuche und Stränge vorfinden. Hier bemerkt man als Stroma nur relativ zellarme, fibröse Bindegewebszüge."

VIII. Fall[8]):

„52jährige Frau mit Tumor in abdomine. Bei der vorgenommenen Operation wurde ein mannskopfgroßer Tumor entfernt, der durch breite Adhäsion mit Dünndarm und Netz verwachsen war und mit einem breiten Stiel an der hochgezogenen Kante des Uterus festsaß.

An der Stelle, wo man das Ovarium vermutete, erscheint nach außen und innen vorgewölbt ein circa 6 cm im Durchmesser tragender Knoten, der behaarte Cutis trägt und mit papillären, oberflächlich ulcerirten Wucherungen bedeckt ist. Den ehemaligen Sitz des Ovariums erkennt man an der Kapsel, an spärlichen Cysten und corpora fibrosa. Die Mißbildung liegt dem Ovarium direkt an.

Ueber den Ursprung des Carcinoms gibt die mikroskopische Untersuchung in unanfechtbarer Weise Aufschluß: Man sieht den direkten Uebergang von den Zellen des Rete Malpighii in die Krebsnester. Die Polymorfie sowie die wechselnde Größe der mit schönen, großen, bläschenförmigen Kernen ausgestatteten Zellen sprechen an sich schon für ihre Abkunft von Plattenepithelcarcinom; die reichliche Ansammlung von Rundzellen und die auffallend zahlreiche Mitosenbildung lassen an sich schon auf ein rapides Wachstum des Tumors schließen. Durch die äußere Ovarialkapsel ist die maligne Geschwulst noch nicht durchgebrochen."

IX. Fall[9]):

Hier handelt es sich um „einen kindskopfgroßen rund-

[8]) Wilms, Deutsches Archiv für klinische Medizin. Bd. 55. S. 368.
[9]) Dor und Bérard, Klokow's Inaug.-Dissert. Königsberg 1901.

lichen Tumor, der die Stelle des linken Ovariums einnimmt. Das erweiterte Tubenende und ein Teil des Ligamentum latum ist noch erhalten. Die höckrige Oberfläche ist rötlich und wenig vascularisirt. Fluctuation ist nicht nachzuweisen. Beim Einschneiden entleert sich breiartige, sehr zähe Flüssigkeit, in der weißliche und braune Körnchen suspendirt sind, zusammen mit einer Anzahl langer und kurzer, blonder Haare. Die 2—3 mm im Durchmesser betragende Wand weist an einer Stelle eine Verdickung von 6 cm auf. Die Innenfläche ist bedeckt mit perlmutterartigen Schuppen, die sich sehr leicht abkratzen lassen. Die verdickte Stelle ist derb fibrös und hat das Aussehen eines epithelialen Neoplasma.

Mit Hilfe des Mikroskopes erkennt man eine epidermoidale Bekleidung der Cystenwand, in der Haufen von leukocytenartigen Zellen mit stark tingirten Kernen eingelagert sind, die man aber auch als den Anfang einer krebsigen Degeneration ansprechen kann. (D. und B. lassen die Frage offen).

An den Schnitten aus dem Knoten, der einen pseudoacinösen Bau erkennen läßt, sieht man Epithelhaufen, die teils dem Laufe der Gefäße folgen, teils regellos in einem lockeren, spindelzellenhaltigen Stroma als kleinere oder größere Kerne verstreut sind. Die Geschwulstzellen selbst sind verschiedenartig geformt, je nachdem die Epithelnester größer oder kleiner sind; im ersteren Falle sind die Zellen mehr kubisch und polygonal, während sie im letzteren deutlich Plattenform erkennen lassen. An einzelnen Zellen sind zahlreiche Mitosen, an anderen wieder Zellen im Stadium der Nekrose nachweisbar, ohne daß man jedoch eine einzige Krebszwiebel entdeckte, die doch für den Plattenepithelkrebs sozusagen charakteristisch sind. Das Fehlen selbiger erklären D. und B. damit, daß es sich hier um ein relativ junges Carcinom handelt, in dem es zu starker Nekrose noch nicht gekommen ist.

Jedenfalls halten D. und B. ihren Fall für einen nicht anzuzweifelnden Plattenepithelkrebs, ausgehend von der epidermoidalen Bekleidung des Dermoidkystoms des Ovarium, was wohl auch nicht bestritten werden kann."

X. Fall[10]):

Frau J. R., 65 Jahre alt, seit 19 Jahren Geschwulst in abdomine. Damalige Diagnose: Myoma uteri, inoperabel wegen Total-Adhäsion an Bauchdecken und Därmen. Da sich das Allgemeinbefinden bedeutend verschlechtert, die Schmerzen im Laufe der Zeit unerträglich sich steigern, wird endlich — 19 Jahre nach Auftreten des Tumors — zur Laparotomie geschritten.

Probepunction per abdomen ergiebt dermoiden Inhalt des Tumors, so daß nun das Vorhandensein einer großen adhärenten Dermoidcyste klar war. Per Vaginam fühlt man den Uterus klein, nach vorn gedrängt durch einen bis in das große Becken hinaufreichenden Tumor von ziemlich derber Consistenz, der anscheinend von dem Uterus zu trennen ist, sich nicht deutlich umgreifen läßt, und in der That bereits intime Verwachsungen mit dem Darme und den Bauchdecken eingegangen zu sein scheint, da er vollkommen unbeweglich ist. Die linke Seite des Tumors im Hypochondrium fühlt sich besonders höckrig an und ist von elfenbeinerner Consistenz, während der Tumor sonst sich elastisch fest anfühlt.

Laparotomie: Die Cyste ist nach vorne innig mit dem Peritoneum parietale verwachsen; diese Verwachsungen werden stumpf getrennt, ebenso die intimen Verklebungen mit Netz, Dünn- und Dickdarmschlingen bis auf die linke obere Periferie des Tumors. Hier kommt man auf einen kindsfaustgroßen Bezirk, der sich fast elfenbeinhart anfühlt und sich in ein schwieliges, der vorderen Bauchwand unmittelbar anliegendes Gewebe fortsetzt. Bei dem Versuche, es stumpf abzulösen, bricht es ein und läßt eine faserige, skirrhös aussehende Bruchfläche erkennen. Nach unten setzt sich der Tumor gegen die rechte Seite hin fort und läßt sich nach Trennung aller Adhäsionen ohne jede Unterbindung entfernen. Da inzwischen die mikroskopische Diagnose „Plattenepithelkrebs“ gestellt werden konnte, wird die gesamte verdächtige Partie weit im Gesunden resecirt.

[10]) Thumin, Archiv für Gynäkologie, Bd. 53. S. 547. 1897.

Der Befund ergibt Folgendes: Fast mannskopfgroße, kuglige Cystengeschwulst. Die Wand ist 1—2 mm dick, derb fibrös. Die Innenfläche allerorts mit schmierigen, butterartigen Massen bedeckt, nach deren Entfernung eine ziemlich glatte epidermisirt aussehende, an manchen Stellen gerunzelte Fläche zu Tage tritt. Die Außenfläche der Cystenwand ist graurötlich, allerorts mit feineren oder meist derberen bindegewebigen Verwachsungsresten besetzt. An 2 Stellen finden sich über pflaumengroße, der Cystenoberfläche direct aufsitzende, dünnwandige Cysten in dünnwandiger Vorwölbung. Beide sind ziemlich transparent und enthalten bei glatter Innenfläche leicht getrübte Flüssigkeit. In einer derselben finden sich einige feine, zarte Härchen.

Eine sehr auffällige Veränderung zeigt die Wand des Geschwulstsackes an 2 Stellen. Zunächst findet sich in die Wand eingefügt eine nach innen wie nach außen ziemlich gleichmäßig flachkugelig vorspringende, also biconvexe Verdickung, nach der Innenfläche zu etwas stärker hineinragend. Die Cysteninnenwand geht in gleicher Beschaffenheit (weißliche, gelbliche Stellen, Verkalkungen) auf die Innenfläche dieser ca. 13 cm Durchmesser haltenden Masse über. Letztere ist von außerordentlich derber und fester Consistenz und zeigt im allgemeinen ein derb fibröses Gewebe, das von feineren, weißlichen Zügen durchsetzt, auch kleine hämorrhagische Partieen erkennen läßt.

Nach dem Centrum mehr mürbe und granulär zeigt sich der äußere Teil der Geschwulst unregelmäßig fetzig, zerrissen. Die ganze Masse tritt mit scharfer Grenzlinie aus der dünnen Haut der kugligen Cystenwand so heraus, wie etwa die Linse des Auges aus der Circumferenz des Uvealtractus. In ganz gleicher Weise findet sich am entgegengesetzten Pole des Sackes eine etwa markstückgroße Geschwulsteinlagerung, welche ein getreues Miniaturbild der erstgeschilderten in Form und Beschaffenheit darstellt. Nur ist die Consistenz dieses Tumors im Ganzen eine weichere. Die beiden Geschwülste zeigen übereinstimmenden Bau: typischer Hornkrebs, d. h. Plattenepithelkrebs mit massenhaften verhornten Epithelperlen. Es wechselt, dem makroskopischen

Verhalten entsprechend, die Menge des Stromagewebes, das, im übrigen von meist zellarmer Beschaffenheit, nur hie und da kleinzellige Infiltration in unbedeutenden Zügen oder Herdchen aufweist. Die inneren Partien des Haupttumors bis in die oberflächlichen Lagen des Bindegewebes hinein, sind nekrotisch. An der kleineren Geschwulst ist ein Zusammenhang der Zapfen mit der verhornenden Plattenepithelbedeckung nachweisbar. Hier finden sich riesige Plattenzellen und auch Epithelperlen bereits in den dem Stratum Malpighii entsprechenden Schichten.

Der Krebs als typischer Hornkrebs, sein Ausgangspunkt und seine Verbindung mit der Plattenepitheldecke der Cystenauskleidung: diese makro- und mikroskopische anatomische Erscheinungsform der beschriebenen Geschwulst reiht sich also vollkommen den bisher mitgeteilten Fällen krebsiger Entartung eines Dermoidkystoms an.“

XI. Fall[1]):

Frau K., 54 Jahre alt, 10 Geburten, bemerkt seit einem Jahre eine an Größe zunehmende Geschwulst in abdomine. Per Laparotomiam: es wird ein kindskopfgroßer cystischer Tumor entfernt, dem ein 3 cm breiter Abschnitt des ligamentum latum und ein 4 1/2 cm langes Stück des abdominellen Tubenendes anhängt.

Mikroskopisch: Die Cyste wird durch ein Septum unvollständig in 2 Kammern geteilt; in der Mitte des Septum ein silbergraues, 15 cm langes Haar. An dieser Stelle fühlt man eine die Scheidewand auftreibende und 1 cm in die Tiefe gehende, knochenharte Einlagerung mit unebener gewölbter und höckriger Oberfläche. An dem andern Ende des Septums beginnt an einer Stelle, an der ebenfalls Härchen festsitzen, eine derbe Infiltration der Wand, die krümlich bröcklich erscheint und die Wand stellenweise in einem Durchmesser von 1 1/2 cm infiltrirt. An der Innen-

[1]) Klokow, Inaug.-Diss., Königsberg 1901.

fläche erheben sich gleichartige, höckrige Geschwulstmassen, in denen zum Teil einzelne kleine, Büschel bildende, dunkle Haare festsitzen. Außen tritt die Tumor-Masse in Form des oben erwähnten Knotens zu Tage.“

Aus der genauen mikroskopischen Beschreibung geht hervor, daß es sich ebenfalls „um einen Plattenepithelkrebs handelt, der seinen Ausgang von dem zungenförmigen Ausläufer der Epidermis nimmt, welche eine Fortsetzung der die zottenartige Dermoidbildung überhäutenden Cutis bildet. Der Hauptboden der Dermoidbildung giebt nicht den Mutterboden des Tumors ab und ist daher noch trotz der ziemlich vorgeschrittenen Krebsentartung in seiner makroskopischen und mikroskopischen Configuration zu erkennen. Vielmehr hat sich das Carcinom von den Teilen der Epidermis aus entwickelt, die sich von der dermoiden Bildung herabsteigend auf die übrige Cystenwand fortsetzen.

Die bisher beschriebenen Fälle stimmen sämtlich darin überein, daß die krebsige Degeneration in einem mit Dermoid behafteten Ovarium von der Epidermis ausgeht, daß es sich also um einen Plattenepithelkrebs handelt. Wir gehen nun zu zwei Beobachtungen über, bei denen die Art des Carcinoms eine wesentlich andere ist.

XII. Fall[12]):

63jährige Frau Y., mit kopfgroßem, schmerzhaftem Tumor in abdomine (und kleinem erbsengroßen Tumor in der linken fossa supraclavicularis). Pat. stirbt an allgemeinem Siechtum.

Die Obduction ergibt: mannskopfgroßen Tumor in der mit 4200 ccm seröser Flüssigkeit gefüllten Bauchhöle, der teils mit dem Netz, teils mit dem Peritoneum, teils mit den Darmschlingen verwachsen ist. Die linke Wand des Tumors ist knochenartig, die rechte fluctuirt. Dieser Teil der Cyste enthält circa 5000 ccm bräunliche, fadenziehende

[12]) Yamagiva: Virchow's Archiv für pathol. Anatomie, Heft 147, 1897.

Flüssigkeit mit Mengen von darin suspendirten, weißlich schmierigen Körnern und Flocken, auch ein hühnereigroßer Haarball wurde entleert.

Die Außenfläche des Tumors war vielfach höckerig durch vielfache Erhabenheiten und in der Wand sitzende Nebenhölen. Außerdem fällt ein halbkugliges Gebilde auf mit maulbeerartiger, bräunlicher Oberfläche, die als die eigentliche dermoide Bildung mit Haaren und einem knöchernen Vorsprung versehen ist; ferner erregt die Aufmerksamkeit eine Warze an der hintern Wand.

Mikroskopisch zeigt das maulbeerartige Gebilde die freiliegende Cutis, in der sich zum Teil übermäßig entwickelte Talgdrüsen und reichlich markhaltige Nervenfasern befinden, ferner subcutanes Fettgewebe, quer gestreifte Muskelfasern und Drüsen, die vielleicht Schweißdrüsen repräsentiren. Die schuppige Wand der Cyste läßt nach der Innenfläche zunächst eine große Menge necrotischer Zellen ohne Verhornung erkennen. Von ihnen bedeckt liegen in mehreren Reihen kubische bis cylindrische Zellen mit je einem großen, rundlichen, meist schwach gefärbten Kern; die eigentliche Wandschicht ist ein sehr gefäßreiches Bindegewebe."

Yamagiva rechnet diesen Fall zu den andern oben erwähnten von primärer krebsiger Degeneration eines Dermoidkystoms. Hierzu bemerkt Thurmim* in seiner Arbeit: „Ueber carcinomatöse Degeneration der Eierstocksdermoide." „Hier liegt eine zusammengesetzte teratoide Geschwulst vor: man findet einen Complex aus solidem Mischgewebe der Bindegewebsgruppe, außerdem cystadenomatöse Partien mit einem einfach dermoiden Sacke combinirt. Die umschriebene carcinomatöse Wucherung — ein „Drüsenkrebs" in der Wand des Tumors — geht aller Wahrscheinlichkeit nach hervor „aus dem wandständigen Epithel einer unvollkommen angelegten Mamma"; als solche spricht Yamagiva eine warzenartige Stelle an der Innenfläche der hinteren rechten Wand des dermoiden Balges an."

* Thumim, Archiv für Gynäkologie, Bd. 53. Seite 547.

Wir betrachten diesen Fall trotz obiger Ausführung Thumim's doch als in mancher Beziehung hierher gehörig.

XIII. Fall[13]):

„Frau N., 55jährig, seit mehreren Monaten Tumor in abdomine, der links vorn, kindskopfgroß, prall elastisch, gegen den Uterus gut abgrenzbar ist.

Per laparotomiam: Kindkopfgroßer, cystischer Tumor, mit glatter Oberfläche. Die Geschwulst wird in 2 Kammern geteilt, von denen die kleinere sich als Dermoidcyste, die größere als frei von dermoiden Bildungen sich zu erkennen giebt.

Mikroskopischer Befund: An der Innenfläche der Dermoidcyste befindet sich geschichtetes Plattenepithel mit Haaren, Haarbälgen und Talgdrüsen. Unter der Haut etwas Fettgewebe mit Netzknorpel, großen Gefäßen und einigen Nerven. Dann folgt eine umfangreiche mit zum größten Teil geschichtetem Flimmerepithel ausgekleidete Cyste, die eine körnige Masse mit spärlichen Kernen birgt. Neben ihr stößt man auf Züge glatter Muskelfasern und Schleimdrüsen. Unter der Cyste sind im Fettgewebe eingelagert Knorpelspangen, die in ihrer Periferie zum Teil in Knochen übergehen. Seitlich fällt in der Nähe eines Knochenstückes eine mehrschichtige Bindegewebszone mit Hirnsandkörnern und langgestreckten Pigmentzellen auf, an die sich eine feinkörnige, lockere Gliamasse anschließt, welche sich in gestreckter Richtung hinzieht und auch nach unten wieder von Bindegeweben umwachsen wird.

Die äußere Oberfläche bildet dann eine derbfaserige, wellige Bindegewebslage mit schmalen, ziemlich spärlichen Kernen, die jedoch nach einer Seite hin in ein zellreiches, an das Ovarialstroma erinnerndes Bindegewebe übergeht, in das Drüsenepithelien mit hohem Cylinderepithel eingeschlossen sind.

[13]) Klokow, Inaug.-Diss. Königsberg 1901.

Die Drüsenschläuche liegen fernab von allen drüsigen Producten der eigentlichen dermoiden Neubildung und dürften demnach von den drüsigen Producten des Ovariums abstammen.

Daß es sich um ein Carcinom handelte, konnte schon makroskopisch erkannt werden. Die Geschwulst zeigte einen skirrhösen Charakter und hatte eine bröckliche Beschaffenheit, wie sie den Plattenepithelien eigen zu sein pflegt.

Mikroskopisch zeigte sich, daß der in der Cystengeschwulst entstandene Carcinomknoten kein Plattenepithel, sondern ein aus Follikeln und Cysten hervorgehendes Carcinom mit kubischen und cylindrischen Zellen repräsentirte.

Der Ursprung von der epidermidalen Bekleidung der dermoiden Bildung ist völlig auszuschließen. Vielmehr spricht der Ursprung aus kleinen Follikeln, das spindelzellenreiche Stroma zwischen den Letzteren dafür, daß der Krebs von dem präexistirenden Eierstocksepithel, insbesondere von den Eierstocksfollikeln seinen Ursprung genommen hat."

Von mehreren anderen Fällen, die von manchen Autoren als hierher gehörig, also als Beispiele für primär carcinomatös degenerirte Dermoidkystome angeführt werden, müssen wir absehen, so von den beiden von Cohn[1]) angegebenen Dermoidcarcinomen, weiter von dem von Veit[2]) und dem von Pomorski[3]) beschriebenen, schließlich von mehreren von Krukenberg[4]) aufgezählten Fällen, einerseits wegen der mangelhaften Beschreibungen, andererseits weil es sich bei ihnen um Combinationen von Dermoidkystom und Carcinom, nicht aber um carcinomatös degenerirte Dermoidkystome handelt.

[1]) Cohn, Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol. Bd. XVI. S. 36.
[2]) Veit, Ebendaselbst. Bd. XIX. S. 327. 1890.
[3]) Pomorski, Centralblatt für Gynäkol. 1889.
[4]) Krukenberg, Archiv für Gynäkol. Bd. XXX. 1887.

Zum Schlusse ist es mir eine liebe Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Professor Dr. Heller für die gütige Überlassung dieser Arbeit und die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung derselben meinen aufrichtigen Dank zu sagen.

Lebenslauf.

Ich, Fritz Fliedner, Sohn des Pastors Georg Fliedner, evangelischer Konfession, bin geboren am 2. November 1877 zu Kaiserswerth am Rhein. Auf dem Gymnasium zu Gütersloh in Westfalen bestand ich Ostern 1897 das Abiturientenexamen. Zuerst besuchte ich die Universität in Erlangen, darauf in Halle, wo ich die ärztliche Vorprüfung ablegte. Die klinischen Semester studirte ich in Kiel und erhielt die Approbation am 2. Juli 1903. Das Examen rigorosum bestand ich am 7. August 1903. Meiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte ich vom 1. Oktober 1900 bis 1. April 1901 in Kiel bei der 10. Kompagnie Infanterieregiments „Herzog von Holstein“ (Holsteinsches) Nr. 85.